

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROADENOMES GÉANTS DU SEIN CHEZ LA FEMME

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

DIPLOME D'ÉTAT

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1974

par

Brigitte ROUX-LAURENTIE

*Ancienne Externe des Hôpitaux
Diplômée de Gynécologie médicale*

Membres du Jury	{	MM. POULHES	Président
		PONTONNIER LAPORTE RUMEAU	{ Assesseurs
		BECUE	Suppléant

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER - TOULOUSE
FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

ANNEE 1975 - 1976

1975-1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546616_0021

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FIBROADENOMES GEANTS CHEZ LA FEMME

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

DIPLOME D'ÉTAT

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1974

par

Brigitte ROUX-LAURENTIE

*Ancienne Externe des Hôpitaux
Diplômée de Gynécologie médicale*

Membres du Jury	{	MM. POULHES	{	Président
		PONTONNIER LAPORTE RUMEAU		Assesseurs
		BECUE		Suppléant

RECHERCHES SUR LA VIE ET L'ŒUVRE
DE JEAN DE LA FONTAINE

PAR M. L. BÉGIN

PROFESSEUR À L'UNIVERSITÉ DE QUÉBEC

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DES ÉPIQUES
FRANÇAIS



UNIVERSITE PAUL SABATIER

Président de l'Université
1^{er} Vice-Président
2^e Vice-Président

M. LARENG
M. MATHIS
M. MARTIN

TABEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales M. MONNIER
Toulouse-Purpan
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales M. ENJALBERT
Toulouse-Rangueil

HONORARIAT

Doyen honoraire	M. CALVET
Doyen honoraire	M. BRUSTIER
Doyen honoraire	M. LAZORTHE
Professeur honoraire	M. VALLOIS
Professeur honoraire	M. TAPIE
Professeur honoraire	M. DELAS
Professeur honoraire	M. RISER
Professeur honoraire	M. BUGNARD
Professeur honoraire	M. VINCENT
Professeur honoraire	M. MOREL
Professeur honoraire	M. BOUISSET
Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire	M. FABRE P.
Professeur honoraire	M. JAHIER
Professeur honoraire	M. SENDRAIL
Professeur honoraire	M. PONS
Professeur honoraire	M. SOREL

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale	M. GEDEON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile	M. PASQUIE	Purpan
et Orthopédie		
Clinique Chirurgicale Orthopédique	M. FICAT	Rangueil
et Traumatologie		
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil
Cliniques des Maladies Cutanées	M. BAZEX	Purpan
et Syphilitiques		
Clinique des Maladies des Voies urinaires	M. LHEZ	Rangueil
Cliniques des Maladies Infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile	M. DALOUS	Purpan
et Pédiatrie		

Clinique Médicale de la première enfance	M. REGNIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHE G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrie	M. GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique	M. CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie maxillo-faciale	M. CLAUD	Purpan
Clinique de Pneumo-phthisiologie	M. DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE R.	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique	M. FABRE J.	Purpan
Anatomie Appliquée	M. JUSKIEWENSKI	Rangueil
Anesthésie et Réanimation	M. LARENG L.	Purpan
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	M. AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B	M. BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. CALAZEL	Rangueil
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIR	Purpan
Electro-Radiologie	M. ROULEAU	Rangueil
Embryologie Générale	M. BROUSSY J.	Purpan
Hématologie	M. BIERME	Rangueil
Histologie	M. BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	M. DENARD	Purpan
Hygiène et Médecine Sociale	M. MONNIER	Purpan
Immunologie	M. DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail	M. GREZES-RUEFF	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M. DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. BOULARD	Purpan
Pathologie Médicale	M. RIBAUT	Purpan
Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. BAISET	Rangueil
Sémiologie et Clinique Médicale	M. LAPORTE J.	Purpan
Thérapeutique	M. DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique	M. BOUÏSSOU	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Dermatologie-Vénérologie	M. DUPRE	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. PLANEL	Purpan
Neurologie et Neuro-Psychologie	M. RASCOL	Purpan
Physiologie et Pharmacologie	M. MONTASTRUC	Purpan
Pneumo-Phthisiologie	M. MIGUERES	Rangueil
Médecine Interne	M. LE TALLEC	Rangueil
Psychiatrie	M. GAYRAL	Purpan
Ophtalmologie	M. BEC	Purpan

Médecine Générale	M. ARLET	Rangueil
Neuro-Chirurgie	M. ESPAGNO J.	Purpan

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.B.	Purpan
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie	M. ESTRADÉ	Purpan
Chirurgie Générale	M. GAUBERT	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BES	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique	M. SUC	Rangueil
Médecine Générale	M. RIBET	Rangueil
Physiologie	M. GERAL	Rangueil

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie Pathologique	M. RUMEAU J.L.	Rangueil
Anesthésiologie	M. VIRENQUE C.	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme DIDIER	Rangueil
Biophysique	M. REGIS	Rangueil
Biophysique	M. GUIRAUD R.	Purpan
Cancérologie	M. CARTON M.	Rangueil
Cardiologie	M. BERNADET	Rangueil
Cardiologie	M. BOUNHORE	Rangueil
Chirurgie Générale	M. ESCAT J.	Rangueil
Chirurgie Générale	M. GOUZI	Rangueil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. PUEL	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique	M. PONTONNIER G.	Rangueil

Hépto-Gastro-Entérologie	M. PASCAL	Purpan
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M. SOLEILHAVOUP	Purpan
Médecine Interne	M. FEDOU R.	Purpan
Médecine du Travail	M. PUJOL M.	Purpan
Néphrologie	M. CONTE J.	Purpan
Neurochirurgie	M. LAZORTHES Y.	Rangueil
Neurologie	M. GUIRAUD-CHAUMEL	Purpan
O.R.L.	M. LACOMME	Purpan
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie Plastique	M. UTHEZA G.	Purpan
Parasitologie	M. LARROUY	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale	M. ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phtisiologie	M. ALBAREDE J.L.	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M. JOVER	Rangueil
Physiologie	M. PAGES B.	Purpan
Psychiatrie	M. MORON P.	Rangueil
Radiologie	M. COMBES P.	Purpan
Radiologie	M. PUTOIS	Purpan
Rhumatologie	M. FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	M. SALVADOR M.	Purpan
Urologie	M. PONTONNIER F.	Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale	M. SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale	M. GLEIZES	Purpan
Obstétrique	M. ESPAGNO G.	Rangueil

ADMINISTRATION

Secrétaire Général de l'Université	M. PRINEAU
------------------------------------	------------

Liste arrêtée le 17/10/1973

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-ONCLE, le Docteur Louis LAURENTIE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON MARI

En gage de mon Amour.

A MON PERE

Le Docteur Robert LAURENTIE

Officier d'Académie

Qu'il trouve ici l'humble témoignage de ma grande affection.

A MA MERE

Bien faible gage de mon affection et de ma reconnaissance.

Qu'elle voit dans ce travail l'aboutissement de tous ses sacrifices.

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur POULHES

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux

Vous nous avez fait le grand honneur de nous
accepter parmi vos élèves et de nous accueillir
dans votre service.

C'est à votre brillant enseignement et à votre
profonde compétence clinique que nous devons le
meilleur de notre savoir.

Veillez trouver ici le bien humble gage de
notre reconnaissance et de notre attachement.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur A. PONTONNIER

Professeur de Clinique Obstétricale

Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Nous avons pu, lors des stages effectués dans votre service, bénéficier de votre précieux enseignement.

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à cette thèse.

Nous vous assurons de notre respectueuse estime.

Monsieur le Professeur J. LAPORTE

Professeur de Sémiologie et de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux

Vous avez guidé nos premiers pas dans les études médicales puis nous avez toujours accueilli avec une infinie bienveillance dans votre service.

Vous nous faites aujourd'hui le grand honneur de juger cette thèse.

Nous vous exprimons le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur RUMEAU

Maître de Conférence Agrégé d'Anatomie Pathologie

Biologiste des Hôpitaux

Nous vous remercions de l'accueil que vous nous avez réservé et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre vive reconnaissance.

Monsieur le Professeur BECUE

Délégué dans les fonctions de Maître de Conférence
Agrégré d'Anatomie

Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons été très sensible aux conseils
que vous nous avez prodigués et à la gentillesse
que vous nous avez manifestée tout au long de
cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre
profonde gratitude.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DU CES DE GYNECOLOGIE

PLAN

I - INTRODUCTION

II - HISTORIQUE

III - LES OBSERVATIONS

IV - CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

- Fréquence
- Sexe
- Age d'apparition
- Terrain

V - TABLEAUX CLINIQUES

- Aspect classique
- Autres aspects

VI - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Mammographie
- Thermographie
- Ponction
- Examen anatomo-pathologique

VII - PROBLEMES DIAGNOSTIC

VIII - TRAITEMENT ET PRONOSTIC

IX - CONCLUSION

X - BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

INTRODUCTION

C'est à l'occasion de deux observations de fibroadénomes géants du sein découverts chez deux jeunes filles de 14 et 17 ans, que nous nous sommes penchés sur l'étude de ces tumeurs aux multiples dénominations : "tumeurs aux 27 noms".

Au cours de cet exposé, nous voudrions souligner que deux types cliniques apparemment très différents peuvent être rencontrés. Ce ne sont en réalité que deux formes cliniques d'une même lésion anatomique se développant soit chez la jeune fille, soit chez la femme plus âgée et dont la seule différence semble résider dans le pronostic évolutif et les circonstances de diagnostic.

Nous étudierons successivement à propos de ces tumeurs, leur aspect étiopathogénique, clinique et paraclinique en insistant sur l'importance de l'examen anatomo-pathologique.

Après avoir brièvement évoqué les différents problèmes diagnostiques qui peuvent se poser, nous consacrerons un autre chapitre au traitement de ces fibroadénomes géants.

Enfin, nous envisagerons le pronostic de ces tumeurs, leurs éventuelles récidives et l'intérêt que présente une surveillance post-opératoire régulière par l'examen clinique, la mammographie et la thermographie.

HISTORIQUE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FIBROADENOMES GEANTS DU SEIN

CHEZ LA FEMME

Les fibroadénomes géants du sein sont connus depuis presque un siècle et demi.

- C'est en effet en 1828 à propos d'une observation d'"hydatide cystique du sein", que CHELIUS isole pour la première fois ces tumeurs du cadre encore très confus des néoplasies du sein.

- Dix ans plus tard, Johann MULLER en fait une description très détaillée dont le temps n'en a pas infirmé l'exactitude :

"Ces sortes de tumeurs atteignent des dimensions énormes. Elles sont nettement bénignes. Elles apparaissent plus tôt qu'il n'est habituel lorsqu'il s'agit d'un cancer, et parfois même elles se voient chez la jeune fille. Elles n'ont que peu de tendance à envahir la peau et les muscles et ne rétractent pas le mamelon. Elles ne se ramolissent pas à l'intérieur mais augmentent brusquement de volume, prennent des proportions considérables et à la longue finissent par ulcérer la peau, formant alors un fungus suppurant en surface. Même dans ces cas, l'opération est suivie d'une guérison. L'atteinte des ganglions est rare. Lorsque l'adénopathie existe, elle est d'origine inflammatoire."

Cependant, de toutes les tumeurs mammaires, elles restent les plus sujettes à discussion quant à l'appréciation de leur nature bénigne ou maligne. D'où la multitude de terminologies et la grande confusion qui règne autour d'elles.

- J. MULLER les désigne sous le nom de "cystosarcome phyllode" qui a le tort de leur conférer une note de malignité.

- Dans le traité des tumeurs paru en 1866, BROCA mentionne ces tumeurs et les classe parmi les tumeurs non cancéreuses.

- LECENE et LENORMANT en 1906 reviennent sur la notion de bénignité et assignent à la tumeur un pronostic beaucoup plus péjoratif, en la

considérant comme le type le plus fréquent de l'adénosarcome mammaire.

- LEE et PACK en 1931 donnent à cette tumeur le nom de fibro-adéno-myxome intracanaliculaire géant et insistent sur son caractère bénin.

- En 1938 FUNCK-BRENTANO, POILLEUX et BERTRAND dans le Journal de Chirurgie, désignent cette tumeur sous le vocable de "faux sarcome" et proposent le terme de "fibroadénomyxome phyllode" ou plus simplement de "tumeur phyllode".

- Puis ce sont les travaux de DESAIVE (1938), de KOUSMINA (1939) et HINTERBERGER (1942).

- En 1948, SANTY, DARGENT et MARHLOUF dans le Lyon Chirurgical insistent sur le caractère bénin de ces tumeurs mais parlent de "malignité locale" due à leur caractère récidivant.

- En 1951, TREVES intitule un important rapport "Le cystosarcome phyllode : tumeur bénigne et maligne".

- En 1953, c'est le travail de J. ESTRADE dans le Bulletin de l'Association Française pour le Cancer dans lequel, à propos de 2 observations, l'auteur fait un rappel des caractères anatomocliniques et évolutifs de fibroadénomes géants ou tumeurs phyllodes.

- Pour FRUHLING et LEGALL, dans un article intitulé "La transformation sarcomateuse de la tumeur phyllode" paru en 1954 dans le Journal de Chirurgie, "les récidives ne sont pas une preuve patente de malignité".

Les tumeurs phyllodes sont des "tumeurs hyperplasiques" mal encapsulées qui incomplètement excisées, sont susceptibles de récidiver localement.

Mais ils insistent sur la fréquence de leur transformation sarcomateuse (11 sur 71 cas, soit 15 %).

- En 1956, BARBEAU conservant l'appellation de "cystosarcome" précise qu'il convient de l'interpréter dans le sens que lui donna J. MULLER

pour qui le terme de sarcome signifiait "masse tissulaire" et non tumeur maligne.

- BONAFOS en 1959 rapproche cette lésion des tumeurs mixtes des glandes salivaires, et l'interprète comme un épithélioma à stroma remanié particulier.

- VERHAEGUE en 1961 dans Lille Chirurgical, conclut que ces tumeurs sont en général bénignes, mais qu'il peut en exister de malignes d'emblée et les rapproche des tumeurs mixtes.

- MAGENDIE, LEGER et DOUTRE en font des mésenchymomes car ils trouvent des analogies entre ces tumeurs et les tumeurs conjonctives récidivantes.

- SCALI en 1969 souligne la confusion qui règne autour de ces tumeurs.

- En 1970, une revue de la littérature par BAUDET (JH) BOUQUET (P) et LE LORIER (G), à propos de 6 cas, fait ressortir les grandes difficultés rencontrées lors de l'évaluation de leur pronostic et l'espoir qu'offre l'étude de la morphologie cellulaire en microscopie électronique dans la connaissance de ces tumeurs.

- HAAGENSEN en 1971 dans son traité "Diseases of the Breast" consacre un chapitre à chacune de ces "formes cliniques" :

. Dans le cadre d'"Adenofibroma of the Breast" il isole les formes "géantes" dont il a observé 7 cas entre 12 et 16 ans.

. Les autres tumeurs géantes du sein chez la femme aux alentours de la ménopause rentrent dans le cadre des "Cystosarcome phyllodes".

Ce bref rappel historique met en lumière la confusion qui règne entre ce que l'on distingue sur le plan clinique sous le nom de fibro-adénome géant, dit de la jeune fille, et la tumeur phyllode.

LES OBSERVATIONS

Ces quatre OBSERVATIONS de Tumeurs "géantes" du sein correspondent à deux groupes bien différents de malades. Sur le plan clinique il ne paraît pas possible de les comparer.

Les Observations n° 1 et n° 2 concernent des fibro-adénomes géants du sein chez l'adolescente et constituent la base de ce travail. L'étude anatomo-pathologique ne pouvant dissocier ces fibro-adénomes des tumeurs géantes de la période ménopausique, nous avons voulu illustrer ce problème en rapportant deux Observations récentes (n° 3 et n° 4), parmi bien d'autres, de volumineuses tumeurs du sein.

Nous verrons dans les chapîtres suivants que cette dualité se retrouve sur le plan clinique, diagnostique et thérapeutique.

OBSERVATION N° 1

Mademoiselle G. Marie-Paule, âgée de 14 ans, vient consulter le 4 Juillet 1970, pour asymétrie mammaire.

On ne retrouve aucun antécédent chez cette malade. Pubère à l'âge de 13 ans, elle a été réglée quatre fois depuis lors.

1° - HISTOIRE DE LA MALADIE

Melle G. constatait que depuis un an environ, le sein droit se développait beaucoup plus que le gauche.

2° - EXAMEN CLINIQUE

1 - L'inspection :

Le sein droit est nettement augmenté de volume. On ne note pas de modification cutanée. Le mamelon n'est pas déformé.

2 - La palpation :

Elle met en évidence dans le quadrant inféro-interne une masse arrondie, bosselée, mobile par rapport aux plans superficiels et profonds (la peau en regard se plisse facilement).

Il n'existe pas d'adénopathie cliniquement décelable. L'examen général est strictement normal.

3° - EXAMEN PARACLINIQUE

1 - Bilan biologique :

FN :	GR : 4 490 000	VS : 15
	GB : 6 200	48
	PN : 57	
	E : 1	
	B : 0	
	L : 39	
	M : 3	

2 - Mammographie :

Au niveau du sein droit, on constate dans le quadrant inféro-interne du sein, une volumineuse opacité de forme arrondie dont les contours sont parfaitement réguliers. Cette opacité dense dans son versant antérieur, a une tonalité plus dégradée et non homogène dans son versant postérieur.

Le tissu glandulaire autour de cette opacité est refoulé harmonieusement et les téguments ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané n'apparaissent ni modifiés, ni infiltrés.

Il n'existe pas de calcification.

Au niveau du sein gauche, l'aspect radiologique est normal.

4° - INTERVENTION : 10 Juillet 1970

Incision sous mammaire. Décollement de la face postérieure de la glande. Ablation de la masse tumorale. Fermeture sur drain aspiratif.

5° - SUITES OPERATOIRES

Ablation du drain au 3ème jour.

6° - HISTOLOGIE

Examen extemporané : fibrome du sein.

Il n'existe pas de néoplasie au niveau de ce fragment mammaire.

Fibrose, ectasie des canaux galactophores, quelques acini kystiques dans une formation kystique. Dans une formation kystique, légère prolifération épithéliale avec formation des deux ou trois papilles.

OBSERVATION N° 2

Mademoiselle S. Nadine, âgée de 17 ans, est hospitalisée le 20 Juillet 1972 dans le service d'endocrinologie où elle a été adressée par son médecin traitant pour une tumeur du sein gauche.

Chez cette malade, réglée à l'âge de 13 ans, on ne note aucun antécédent si ce n'est quelques épisodes bronchitiques.

1° - HISTOIRE DE LA MALADIE

Melle S. a constaté depuis le mois de Février 1972, une augmentation de volume du sein gauche. Cette augmentation a été rapide, sans douleur et sans altération de l'état général.

2° - EXAMEN CLINIQUE

1 - L'inspection :

Le sein gauche est augmenté de volume, atteignant la taille d'un petit melon.

Il est d'aspect congestif avec une très importante circulation collatérale s'étendant à tout l'hémithorax.

L'aréole est déformée, élargie : longueur : 7 cm

largeur : 5 cm

refoulée vers l'extérieur.

Le mamelon est effacé.

2 - La palpation :

Elle permet d'individualiser une masse arrondie légèrement bosselée, de consistance ferme, indolore, mobile sous la peau (qui est très fine) et non adhérente aux plans profonds.

On note également l'existence d'une deuxième masse beaucoup plus petite, du volume d'une grosse noix, située dans le quadrant supéro-externe.

Le sein droit est strictement normal.

On ne perçoit pas d'adénopathie axillaire, ni sus-claviculaire.

L'examen général est négatif.

3° - L'EXAMEN PARACLINIQUE

1 - Bilan biologique :

FN :	GR : 4 440 000	VS : 12
	GB : 6 200	28
	PN : 60	
	E : 2	
	B : 0	
	L : 32	
	M : 6	

2 - La mammographie :

Elle montre au niveau du sein gauche, une hyperplasie glandulaire intense, qu'il n'est pas possible de traverser même avec un écran en molybdène, au sein de laquelle il semble que l'on perçoive quelques nodules, un dans le quadrant supéro-externe et un dans la partie antérieure, dense, homogène à bord régulier.

Au niveau du sein droit : aspect dense, sans image de néoformation ni de microcalcification surajoutée.

4° - INTERVENTION : 27 Juillet 1972

Incision sous-mammaire.

Abord par voie postérieure de la masse tumorale qui est encapsulée.

Enucléation des deux masses.

Fermeture cutanée sans remodelage glandulaire, sur drain de Redon.

5° - LES SUITES OPERATOIRES

Elles sont favorables. Le drain est laissé en place 7 jours. Les points sont enlevés le 11ème jour.

6° - EXAMEN HISTOLOGIQUE

Il montre des images de fibroadénome tubuleux et végétant, intracanaliculaire de structure typique.

NB : les images sont comparables à celles de l'observation précédente, mais la prolifération conjonctive prédomine plus nettement.

La malade est revue en consultation au mois de Septembre 1972 : le sein est de volume normal, mobile mais légèrement pendant.

L'aréole est encore élargie (longueur: 5 cm
largeur : 4 cm).

La malade n'est pas revenue consulter depuis.

EN CONCLUSION : FIBROADENOME GEANT DU SEIN

OBSERVATION N° 3

Madame G. Marie-Louise, âgée de 53 ans, est vue à la consultation le 9 Mai 1973 pour une tumeur du sein droit.

Cette malade a été réglée à l'âge de 13 ans, et est ménopausée depuis 2 ans.

1° - HISTOIRE DE LA MALADIE

C'est à l'occasion d'un examen systématique précédant une cholécystectomie que la tumeur mammaire est découverte. Madame C. est incapable de préciser le début de son affection et prétend qu'elle a toujours eu le sein droit plus volumineux que le gauche.

2° - EXAMEN CLINIQUE

1 - Inspection :

Le sein droit est nettement augmenté de volume.

Il n'existe pas de modification de la peau en regard.

2 - La palpation :

Elle met en évidence une masse molasse de la taille d'un pamplemousse, bien limitée, très régulière, non adhérente aux plans superficiels et profonds.

Pas d'adénopathie axillaire ni sus-claviculaire cliniquement décelable.

L'examen du sein gauche est strictement normal.

3° - EXAMEN PARACLINIQUE

1 - Bilan biologique :

FN :	GB : 6 200	VS : 38
	GR : 4 300 000	65
	HT : 39,1	
	PN : 44	
	E : 2	
	B : 1	
	L : 47	
	M : 6	
	Plaquettes : 270 000	

2 - Ponction cytologique : 9 Mai 1973

Tumeur solide du sein droit.

Cellules épithéliales cubiques régulières de type adénome.

Hystiocytose nette.

Classe P2.

3 - Mammographie :

. Au niveau du sein droit :

Dans le versant supérieur du sein, on observe une importante opacité dont les dimensions correspondent sensiblement à celles de la néoformation palpable. Cette opacité assez dense a des contours mamelonnés mais réguliers.

Le tissu glandulaire au voisinage apparait refoulé mais non infiltré.

Il n'existe aucune modification des enveloppes cutanées et sous-cutanées en regard.

En somme, cette image a radiologiquement, les caractères d'une lésion bénigne.

Dans le creux axillaire droit, on note une petite image d'adénopathie.

. Au niveau du sein gauche :

Aspect radiologique normal des différents tissus mammaires.

4 - La thermographie : 12 Juin 1973

Répartition asymétrique et chaude de la température non au niveau des seins eux-mêmes qui sont froids, mais au niveau des prolongements et creux axillaires.

+3° au niveau du côté droit ===== TH 4

4° - INTERVENTION : 20 Juin 1973

Tumorectomie : incision sur le rayon de midi, enlevant la peau, le tissu glandulaire et cellulaire correspondant, allant jusqu'à l'aponévrose du muscle pectoral.

Fermeture sur drain de Redon.

5° - SUITES OPERATOIRES

Satisfaisantes. La malade quitte le service le 12ème jour, après ablation des points.

6° - RESULTATS HISTOLOGIQUES (Pr. RUMEAU)

La tumeur mammaire est un fibroadénome très ancien massivement hyalinisé où l'élément conjonctif prédomine nettement sur l'élément glandulaire.

Tumeur bénigne hyperplasique de bénignité absolue.

Le tissu péri-mammaire est un tissu dystrophique surtout fibreux sans kyste mais avec quelques métaplasies idrosadénoïdes inversées intra-acineuses.

La malade est revue en consultation en Octobre 1973 :

Bonne cicatrisation.

Sein d'aspect satisfaisant.

OBSERVATION N° 4

Madame B. Berthe vient consulter en Juin 1973 pour une tumeur du sein gauche.

Cette malade âgée de 55 ans n'est pas encore ménopausée. On ne décèle, par l'interrogatoire, aucun antécédent particulier. Madame B. a toujours été mal réglée depuis sa puberté (13 ans) et a eu trois enfants, les grossesses s'étant déroulées normalement.

1° - HISTOIRE DE LA MALADIE

Madame B. dit avoir constaté dans le sein gauche, il y a 5 ou 6 ans, la présence d'une masse de la grosseur d'une noisette, non douloureuse.

Cette masse est restée stationnaire jusqu'en Février 1973 où une augmentation rapide du volume de la tumeur a amené la malade à consulter.

2° - EXAMEN CLINIQUE

1 - L'inspection :

On note une importante voussure de la moitié supérieure du sein gauche.

Il n'y a pas de modification cutanée, ni de rétraction du mamelon.

2 - La palpation :

Permet de percevoir une masse très dure, de la taille d'une orange, non adhérente aux plans superficiels et profonds.

Il n'existe pas d'adénopathie cliniquement décelable.

Le sein droit est strictement normal.

L'examen général est satisfaisant.

3° - EXAMEN PARACLINIQUE

1 - Examen biologique :

FN :	GR : 4 800 000	VS : 38
	GB : 7 500	70
	Plaquettes : 270 000	
	PN : 60	
	E : 7	
	B : 1	
	L : 23	
	M : 9	

2 - Mammographie : 26 Juin 1973

Montre :

. Au niveau du sein gauche :

Plusieurs opacités juxtaposées, de forme sensiblement arrondie, de taille variable allant de 1 cm de diamètre à 5 à 6 cm. Ces opacités semblent avoir des contours parfaitement réguliers.

Le tissu qui les entoure est refoulé mais non infiltré.

. Au niveau du sein droit :

L'aspect radiologique est normal.

3 - Thermographie : 28 Juin 1973

Répartition thermique asymétrique et chaude. Point chaud (+3) entouré d'une zone chaude donnant une image en cocarde au niveau du quadrant supéro-interne du sein gauche.

4° - INTERVENTION : 3 Juillet 1973

Tumeur occupant la totalité du sein gauche.

Mammectomie : incision oblique au bistouri électrique emportant l'aponévrose du grand pectoral. Pas de ganglion perceptible. Extemporannée. Fermeture sur deux drains de Redon.

5° - SUITES OPERATOIRES

Satisfaisantes.

6° - EXAMEN EXTEMPORANE

L'Architecture générale de cette tumeur fait évoquer une tumeur bénigne fibroadénomateuse.

L'étude plus attentive du stroma met en évidence des éléments cellulaires assez polymorphes dans lesquels on ne voit pas de mitose.

7° - EXAMEN DE LA PIECE OPERATOIRE

. Macroscopie : Volumineuse hypertrophie tumorale à multiples nodules et d'aspect polymorphe : nodules pleins d'aspect hémorragique ; nodules scléreux, proliférations végétantes.

. Microscopie : L'ensemble des lésions observées au niveau des différentes coupes confirme le polymorphisme de cette tumeur phyllode. En général, elle revêt le type fibroadénomateux mais quelques foyers sont sclérokyستiques de type Reclus. Les végétations à point de départ intracanaliculaire sont sous-tendues par un chorion très cellulaire, fibroblastique proliférant, qui explique le caractère tumoral extensif mais il n'y a pas de zone franchement sarcomateuse. Dans l'ensemble de la pièce, on trouve des zones de remaniements secondaires : sclérohyalinose dense, foyers de xanthomisation et de nécrobiose.

La malade n'a pas été revue en consultation.

Donc : Il s'agissait d'une tumeur phyllode.

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

1° - LA FREQUENCE

- Considérées comme exceptionnelles par J. MULLER, ces tumeurs sont mieux connues depuis les travaux de LEE et PACK (en 1931) qui trouvèrent dans la littérature mondiale 111 cas dont 8 français.

- FUNCK BRENTANO, POILLEUX de leur côté relevaient de 1919 à 1936, à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, 5 cas pour 502 épithéliomas du sein, 6 sarcomes et 198 adénomes.

- Pour MAKHLOUF, SANTY et DARGENT, ces tumeurs sont très rares.

- ESTRADE situe aux alentours de 150, le nombre de cas mondiaux en 1953.

- LESTER et STOUT en 1954, donnent une statistique de 58 cas sur une période de 40 ans (1912-1952).

- REICH et SALOMON en 1958 relèvent 300 cas dans la littérature mondiale.

- Pour l'école strasbourgeoise, cette tumeur est relativement fréquente.

- De 1925 à 1950, FRUHLING et LE GALL constatent 71 cas pour 740 fibroadénomes soit un pourcentage de 10 %.

- En 1966, 7 cas de tumeur phyllodes sur un total de 240 tumeurs mammaires sont relevées entre l'Hôpital Beaujon (de 1957 à 1961) et la Salpêtrière (de 1961 à 1965) à l'occasion de la thèse de SOBEL, soit un pourcentage de 3 à 4 %.

- SCALI en 1969 parle de "lésions relativement rares".

Malgré des statistiques très discordantes, ceci pouvant s'expliquer par la multitude de dénominations et le fait que de nombreux auteurs ne différencient pas fibroadénomes géants et tumeurs phyllodes, ces tumeurs semblent loin d'être exceptionnelles, bien qu'elles soient relativement rares comparativement aux autres tumeurs mammaires.

2° - LE SEXE

Comme toutes les tumeurs mammaires, les fibroadénomes géants frappent essentiellement les femmes.

Mais LEE et PACK signalent sur leur 111 observations, l'atteinte de trois hommes par cette tumeur.

3° - AGE D'APPARITION

Les avis sont très partagés :

- LEE et PACK donnent une tranche d'âge de 30 à 60 ans.

- SANTI et MAKHLOUF prétendent que cette tumeur apparaît essentiellement chez la jeune fille ou la femme jeune entre 18 et 25 ans, ce qui est en accord avec ce qu'écrivait J. MULLER.

"Il s'agit d'une lésion apparaissant plus tôt qu'il n'est habituel lorsqu'il s'agit d'un cancer et parfois même se voyant chez la jeune fille".

- Pour FRUHLING et LE GALL, la tumeur pourrait apparaître pendant toute la période d'activité génitale de la femme.

- Pour DESPRUNIE à Bordeaux, le fibroadénome géant apparaît essentiellement aux alentours de la ménopause.

- Pour SCALI (1969), le taux maxima de fréquence se situerait entre 48 et 50 ans.

- Quant à nous, deux des observations présentées concernent de très jeunes filles (14 et 17 ans) pubères depuis peu de temps, et les deux autres, deux femmes (53 et 55 ans) aux alentours de la ménopause.

En conclusion

Pour la plupart des auteurs, ces tumeurs se rencontrent donc presque exclusivement pendant la période d'activité génitale, avec un maximum de fréquence au moment de la puberté et de la ménopause.

4° - LE TERRAIN

Il semble exister un rapport étroit entre l'apparition ou le développement du fibroadénome géant et les différentes étapes de la vie génitale de la femme.

- De nombreux auteurs ont remarqué que les brusques poussées évolutives de la tumeur coïncidaient avec la puberté, la grossesse ou la ménopause.

- Si pour LECENE et LENORMAN, le rôle de la grossesse est insignifiant, il n'en est pas de même pour ESTRADE qui, dans une de ses observations, signale l'augmentation très rapide, après un accouchement, d'une tumeur jusque là indolente et parfaitement stationnaire.

- Un certain nombre d'auteurs tels que LEROUX, DESAIVE, BETZ et DESPRUNIE ayant constaté chez des malades porteuses de tumeurs du sein depuis de nombreuses années un accroissement brutal et un développement de la masse tumorale lors de la ménopause, ont rattaché cette aggravation aux troubles hormonaux de cette période.

- Enfin, dans de nombreux cas, il s'agit de fibroadénomes géants se développant chez des adolescentes n'ayant pas terminé leur puberté (telles qu'en témoignent nos deux premières observations).

- La tumeur n'a jamais été décrite avant la puberté.

TABLEAUX CLINIQUES

TABLEAUX CLINIQUES

Si classiquement le terme de fibroadénome géant évoque une tumeur volumineuse, il n'en demeure pas moins vrai que ces tumeurs peuvent revêtir différents aspects cliniques conditionnés par leur taille (qui peut varier d'une tête d'enfant à une mandarine) et par leurs caractères propres : rétraction du mamelon, écoulement mammaire... posant alors le problème d'une tumeur maligne.

D'autre part, leur évolution semble être liée au terrain sur lequel ces tumeurs se développent.

La dégénérescence sarcomateuse jamais décrite chez l'adolescente serait fréquente chez la femme en période ménopausique.

1° - ASPECT CLASSIQUE

Est celui d'une tumeur monstrueuse.

1 - Histoire de la maladie :

Souvent (dans plus de 50 % des cas, pour de nombreux auteurs) il s'agit d'une femme venant consulter pour une augmentation brusque et récente du volume d'une tumeur mammaire jusque là quiescente ou inconnue.

L'interrogatoire fait préciser le mode de début de l'affection qui remonte habituellement à plusieurs années par la découverte d'un petit nodule qui n'a pas inquiété la patiente du fait de son indolence et de sa stabilité (Observation n° 4).

Dans les séries de 105 cas rapportées par LEE et PACK, 47 de leurs malades avaient un antécédent de "grosseur mammaire" dans leur histoire.

7 des 15 cas de STEPHENSON avaient une grosseur stationnaire dans le sein longtemps avant le développement rapide de la tumeur.

Pour LAFARGUE, il est certain que dans 50 % des cas au moins, le point de départ se fait aux dépens d'une tuméfaction probablement adénofibromateuse, de longues années stationnaire.

On retrouve fréquemment cette notion de période de latence, d'une durée variable (une dizaine d'années souvent) entre l'apparition du nodule et son brusque développement à l'occasion (pour un certain nombre d'auteurs) d'une cause déclenchante : grossesse, avortement, ménopause (++) ou traumatisme local.

Dans les autres cas, on ne note aucun antécédent et la tumeur semble se développer sur un sein indemne soit à l'occasion d'un épisode de la vie génitale soit fortuitement.

2 - Les signes fonctionnels :

Ils font défaut :

La douleur est absente. En effet, l'indolence est de règle.

Mais dans quelques cas, on note une tension douloureuse mammaire à l'approche et au moment des règles, plus rarement quelques névralgies dues à l'augmentation brusque de volume et au tiraillement de la glande.

Ce n'est que pour des tumeurs très volumineuses que les malades accusent une gêne pouvant même devenir un handicap. C'est ainsi que SCALI rapporte l'observation d'une femme de 43 ans qui fut obligée de confectionner une sorte de sac suspendu aux épaules pour porter sa tumeur.

Mais le problème esthétique est loin d'être négligeable surtout chez une jeune femme.

3 - L'examen physique :

Il est très important.

- Dès l'inspection on est frappé par le volume de la tumeur qui peut atteindre la taille d'une tête d'enfant déformant le sein et créant

une asymétrie mammaire considérable.

Il s'agit d'une masse d'aspect polylobé, bosselée, caractères qui, pour LAFARGUE constituent un maître - symptôme.

A ce stade, il n'existe pas d'anomalie du revêtement cutané. La peau sus-jacente est habituellement normale bien que parfois légèrement blanchâtre et plus fine.

On ne note ni rougeur ni ulcération.

Le mamelon n'est pas rétracté mais l'aréole est souvent élargie (nos deux premières observations).

De nombreux auteurs ont souligné l'existence d'une circulation collatérale soit localisée à la région mammaire soit s'étendant jusqu'au moignon de l'épaule.

- La palpation va rechercher la taille de cette masse qui paraît formée d'un agglomérat de gros nodules allant de la taille d'une cerise à celle d'une orange, enchassés plus ou moins les uns dans les autres, arrondis ou ovoïdes, donnant l'aspect d'une énorme grappe de raisin".

Sa consistance est très irrégulière. En certaines zones, le tissu fibreux qui constitue la majeure partie de la tumeur est dur. En d'autre endroits la tumeur est molle. Par place, on perçoit même des zones fluctuantes ou pseudo-fluctuantes.

Cliniquement, la tumeur paraît bien limitée, d'où le terme d'encapsulation clinique.

En effet, on perçoit aisément à travers la peau, les contours de chaque lobule de la masse tumorale.

La tumeur est mobile par rapport à tous les plans :

- elle n'est pas adhérente aux plans superficiels. Le plan cutané est souple. Il n'existe ni peau d'orange ni signe du capiton. La peau glisse normalement sur la masse tumorale.

- En profondeur, on ne décèle aucune adhérence évidente au plan du grand pectoral. La manoeuvre de Tillaux est négative.

La palpation confirme en outre le caractère indolore de la tumeur.

- l'exploration attentive des régions axillaires et sus-claviculaires ne montre pas à ce stade d'adénopathie.

4 - Etat général :

Il est habituellement satisfaisant. On ne note ni cachexie ni asthénie.

5 - Evolution :

Elle semble différente suivant l'âge.

A/ Chez la femme adulte près de la ménopause

Non opérée, une telle tumeur évolue inexorablement progressivement ou par à-coup vers une augmentation de volume de plus en plus importante, tout en refoulant la glande.

La peau en regard devient luisante par étirement puis vernissée et rougeâtre.

Enfin tardivement, elle peut s'ulcérer par érosion mécanique de dedans en dehors. L'ulcération, de diamètre variable, présente des bords amincis et décollés entre lesquels la tumeur fait saillie et tend à s'extérioriser.

L'énucléation partielle ou totale est possible.

Du fait d'une vascularisation très importante, l'ulcération entraîne l'ouverture de vaisseaux, provoquant une hémorragie souvent très abondante parfois catastrophique qu'il faut traiter rapidement (cas de STEPHENSON).

Enfin, cette tumeur ulcérée est une porte ouverte à l'infection entraînant une altération de l'état général et à l'examen l'apparition d'adénopathies inflammatoires.

Mais le problème essentiel demeure celui de la dégénérescence. Peu de signes cliniques éveillent l'attention et le diagnostic repose essentiellement sur l'examen anatomo-pathologique.

B/ Chez l'adolescente

Les fibroadénomes géants ne se comportent pas de la même façon.

Ils se développent très rapidement. En quelques mois, ils peuvent atteindre une taille monstrueuse mais ne s'ulcèrent presque jamais car ils sont opérés rapidement.

En outre, il ne s'est jamais révélé qu'ils puissent subir une transformation maligne.

2° - AUTRES ASPECTS

Toutes les tumeurs rencontrées ne sont pas strictement conformes à la description classique et un certain nombre d'entre elles présentent des signes beaucoup moins rassurants faisant craindre une transformation sarcomateuse.

1 - La rétraction du mamelon :

Elle est retrouvée par TREVES deux fois sur 77, par MAC DIVITT dans 3 cas sur 73.

2 - L'adhérence à la peau :

Elle est signalée par TREVES dans 8 cas sur 77 et est retrouvée par MAC DIVITT dans 2 cas sur 73 et par NORRIS dans 15 % de ses 94 cas.

3 - L'écoulement par le mamelon :

Il est trouvé par TREVES dans 1 cas sur 77 et signalé par MAC DIVITT dans 1 cas sur 73 et par NORRIS dans 1 % des cas.

Il peut s'expliquer par les éléments prolifératifs intracanaliculaires que l'on retrouve à l'examen histologique.

4 - L'existence de ganglions satellites :

Elle a été retrouvée une fois sur 77 par TREVES, 3 fois sur 94 par NORRIS.

5 - Enfin NORRIS signale sur 94 cas, 1 % de fixations à la paroi costale, 10 % d'ulcérations et 27 % de douleurs.

Mais ces formes monstrueuses, résultat de l'insouciance et de la négligence de certaines malades qui ne souffrant pas ne s'inquiètent pas, sont de plus en plus rares. Comme le font remarquer de nombreux auteurs et en particulier BAUDET et BOUQUET, on est frappé par la fréquence croissante des tumeurs de petit volume que l'on peut considérer comme un stade de début.

Ce fait peut être attribué à l'éducation du public et à la prise de conscience des femmes qui devant un nodule mammaire s'inquiètent et n'attendent pas pour consulter.

Cliniquement, le diagnostic, quant à la valeur bénigne ou maligne, est très difficile. Seuls, les examens paracliniques permettront de conclure.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La clinique seule ne permet pas de porter avec certitude le diagnostic de fibroadénome géant. En effet, l'aspect de ces tumeurs est souvent trompeur (nous y reviendrons au diagnostic différentiel).

Mais pour certains auteurs comme SANTY, DARGENT et MACKHLOUF : "Il est quelques symptômes constants qui retiennent l'attention du clinicien averti : c'est l'intégrité des plans superficiels et l'absence d'adénopathie".

Quoiqu'il en soit, un certain nombre d'examens complémentaires sont nécessaires.

1° - LA MAMMOGRAPHIE

Examen radiographique sans préparation de la glande mammaire, de technique relativement simple, mais dont la difficulté réside dans l'obtention d'une image nette, contrastée, riche en détails, nécessite pour sa bonne réalisation certaines conditions :

- l'utilisation d'un rayonnement émis sous basse tension autour de 30 kv afin d'obtenir le meilleur contraste entre des structures de densité voisine
- un foyer fin avec une anode fixe ou mieux une anode en molybdène
- un film fin sans écran, à grains fins
- la compression est indispensable et doit chercher à éliminer le diffusé et à avoir une épaisseur homogène.

C'est ce temps qui provoque la douleur que les malades reprochent à l'examen.

On pratique de façon systématique un examen radiographique des deux seins.

La manipulation proprement dite comporte deux incidences principales :

craniopodale (face)

latérale (profil)

plus un cliché du prolongement axillaire de la glande et du creux axillaire.

Résultats

La mammographie apporte essentiellement des éléments d'orientation en montrant :

une opacité dense, intense et franche, relativement homogène, de forme plus ou moins arrondie, toujours bien limitée et dont les contours sont nets et réguliers.

Le volume de l'opacité est égal au volume total de la tumeur apprécié par la palpation.

Les calcifications intratumorales sont peu fréquentes mais lorsqu'elles sont présentes, elles sont peu nombreuses non punctiformes, évidentes, très nettes, arrondies, de dimensions variables, situées à la périphérie de la tumeur (GROS).

Le parenchyme glandulaire, autour de l'opacité est refoulé harmonieusement.

Les tissus en regard de la tumeur ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané ne sont ni modifiés ni infiltrés.

Pour certains auteurs, il manquerait au moins partiellement le liseré de sécurité qu'on retrouve dans les fibroadénomes.

Transillumination

Met en évidence une opacité franche au niveau de la masse tumorale.

2° - LA THERMOGRAPHIE

Dont le principe repose sur le fait que chaque point du corps humain produit à tout instant une certaine quantité d'énergie calorifique qui se transmet par la peau. Celle-ci dont la température se situe entre 26 et 36°C émet spontanément un rayonnement infra-rouge d'une longueur d'onde de 1,5 à 20 microns. Ce rayonnement peut être capté à distance à l'aide de détecteurs sensibles aux infra-rouges.

L'image obtenue est reproduite sur un papier photographique.

Résultats

D'application relativement récente, la thermographie n'a été pratiquée dans le service que pour deux de nos observations.

Dans la 3ème observation, elle a permis de constater une répartition asymétrique de la température mais l'élévation thermique ne porte pas sur la zone tumorale mais sur le prolongement et le creux axillaire.

Dans le cas de Madame B. (4ème observation) il existe également une répartition thermique asymétrique et la zone tumorale correspond à une zone plus chaude (+3°).

Ces deux résultats ne permettent pas de conclure.

Cependant, on peut penser que dans le cas de Melle S. et chaque fois qu'il existe une importante circulation collatérale, on aurait une "thermographie chaude".

3° - LA PONCTION ASPIRATION

Pratiquée avec une aiguille de fin calibre, ramène deux sortes

- des cellules épithéliales provenant des tubes mammaires hypertrophiés. Ces cellules sont retrouvées sur les lames groupées en placard avec leur caractère de bénignité : régularité cellulaire et nucléaire.

- des cellules provenant du stroma conjonctif, allongées en fuseaux, sans aucune anomalie.

Mais cet examen présente peu d'intérêt quant au caractère bénin ou malin de la tumeur.

En effet, celle-ci est volumineuse et l'aiguille a de fortes chances de passer à côté d'une zone de dégénérescence éventuelle.

4° - L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Tout le diagnostic repose donc sur cet examen.

Cette tumeur présente des caractères particuliers aussi bien sur le plan macroscopique que microscopique.

1 - Macroscopie :

L'aspect macroscopique permet souvent d'évoquer le diagnostic. De coloration gris blanchâtre dans son ensemble, légèrement jaunâtre par endroits, elle se présente comme une tumeur très bosselée, pouvant atteindre des dimensions considérables : on trouve fréquemment cités les cas de : MOURGUES-MOLINE où la masse pesait 7,5 kg chez une femme de 55 ans, de INGRAHAM où la tumeur atteignait 7 kg chez une jeune fille de 14 ans, et celui de STEPHENSON où la néoformation mesurait 19 cm de diamètre.

La masse tumorale est bien limitée facilement énucléable, bien qu'il n'existe pas de véritable encapsulement. En effet, il s'agit d'un simple plan de clivage entre le parenchyme glandulaire sain et la prolifération tumorale.

Sa consistance est irrégulière. Molle dans les zones nécrotiques, la tumeur est ferme et rénitente ailleurs. Des placards scléreux de couleur

blanc lardacé, sont irrégulièrement disséminés.

On note également l'existence de pseudo-kystes, de la taille d'un grain de raisin, qui proviendraient de la dégénérescence myxoïde du stroma de masses énuclées. D'où le nom d'"hydatide celluleuse" ou d'"hydatide cystique" donné à cette tumeur par CHELIUS et COOPER.

A la coupe, le parenchyme est très hétérogène et bigarré ; dans 70 % des cas on retrouve l'aspect lobulé que laissait prévoir l'aspect polylobé de la pièce opératoire. La tranche de section montre l'existence de nombreux lobules séparés par des tractus conjonctifs.

La compression de la tumeur peut provoquer l'énucléation de fragments plus ou moins étendus qui d'après FUNCK FRENTANO "sont toujours rattachés au reste de la tumeur par un pédicule parfois très tenu, d'autres fois large et épais. Pour peu que l'on continue à presser la tumeur et la tranche de section, on provoque une sorte d'éruption d'innombrables lobules se détachant de la masse principale. Ces lobules spontanément énucléés, se décomposent fréquemment en lobules secondaires. Si l'examen macroscopique se prolongeait, on assisterait à une véritable dislocation du néoplasme".

La surface des lobules est parcourue de fentes se ramifiant en tous sens. Les lumières kystiques sont virtuelles et remplies par des végétations charnues et molles parfois translucides (Y. LEGAL).

L'ensemble donne l'aspect "en jeu de patience" décrit par LECENE ou "en feuille" d'où le terme de "cystosarcome phyllode" de J. MULLER.

De place en place, on trouve de vastes zones nécrotiques d'aspect blanc grisâtre ou jaunâtre, ailleurs des plages disséminées d'hémorragie intersticielle, enfin des zones de tissu d'aspect mucoïde gélatineux, et des placards de sclérose.

2 - Microscopie :

Le fibroadénome géant est fait d'une prolifération simultanée fibreuse et épithéliale (J. ROUJEAU).

- La composante épithéliale est constituée par l'hypertrophie de tubes mammaires.

Ceux-ci sont quelquefois simplement hyperplasiques, mais le plus souvent, ils sont réduits à d'immenses fentes à cavité plus ou moins virtuelle.

Le revêtement des tubes est généralement pluri-stratifié de type canalaire galactophorique, constitué par deux assises de cellules, une couche superficielle représentée par des cellules cubiques, une couche profonde de cellules myoépithéliales.

L'épithélium peut être hyperplasique en certains endroits ou réduit à une seule couche de cellules cubiques, la couche myoépithéliale ayant partiellement disparu en d'autres points.

Le revêtement des cavités kystiques est de type galactophorique mais peut présenter des métaplasies de type malpighien. Cette métaplasie peut être d'une intensité telle qu'elle confère à certaines cavités un aspect "sébacé" par accumulation de débris cornés (SALM).

- Mais l'aspect caractéristique de ces tumeurs n'est pas dû à la prolifération épithéliale que l'on retrouve dans les fibroadénomes intra-canaliculaires et tubuleux mais à la composante stromale qui constitue l'élément essentiel.

Il existe une nette prédominance de la prolifération conjonctive sur la participation épithéliale. Ce conjonctif est constitué de cellules fibroblastiques et d'une substance intersticielle.

La densité cellulaire et l'aspect du stroma varient d'une tumeur à l'autre et au sein même d'une tumeur. On note l'alternance de zone myxoïdes, oedémateuses, hautement cellulaires, très fibreuses, riches en collagène. Certaines tumeurs composées surtout de tissu myxoïde ont été appelées "geant mammary myxomata".

Dans les travaux de NORRIS et TAYLOR sur 94 cas, de grandes cellules atypiques ressemblant à des rhabdomyoblastes ont été retrouvées

dans 2 cas. Dans 9 cas, des striations furent identifiées dans le cytoplasme des cellules.

Dans 5 cas, une métaplasie osseuse et cartilagineuse des cellules du stroma fut observée. Mais le cartilage seul ne fut retrouvé dans aucun spécimen. Du tissu graisseux a été rencontré dans 7 cas et du muscle lisse dans 1 cas.

Un certain nombre de critères microscopiques doivent faire suspecter une transformation sarcomateuse :

- l'hypercellularité du stroma,
- une activité mitotique importante,
- des images d'invasion et un certain degré d'infiltration des tissus voisins,
- des images d'anaplasie.

Par contre, la présence d'anomalies nucléaires ou cellulaires en l'absence de signe de multiplication ne semble pas significative.

P R O B L E M E S D I A G N O S T I C

PROBLEMES DIAGNOSTIC

A - Le diagnostic peut se poser chez l'adolescente avec une mastopathie prépubertaire : intumescence mammaire réalisant une dysplasie de la période pubertaire, certainement d'origine hormonale et vraisemblablement hypophysaire en une période où la régulation présente encore des hésitations. Cliniquement, elle peut revêtir plusieurs aspects :

- noyau sous-mamelonnaire,
- existence d'un sein formé en regard d'un sein inexistant, cette inégalité pouvant se prolonger plusieurs mois,
- soit une masse volumineuse, arrondie, lisse, lourde et disgracieuse, recouverte d'une peau mobile avec parfois un lacis veineux bleuté.

Le problème diagnostic est inexistant lorsque la tuméfaction est bilatérale, ce qui est classique et relativement fréquent. Mais la tumeur est souvent unilatérale :

- soit qu'il s'agisse d'une unilatéralité vraie,
- soit que la lésion symétrique n'ait pas retenu l'attention.

La conduite à tenir doit être dominée par le fait que les tumeurs de la période prépubertaire et pubertaire sont bénignes et rares et donc qu'il faut savoir attendre avant d'intervenir chirurgicalement.

B - Il faut éliminer chez l'adulte le sarcome du sein. Relativement rare, il peut se développer soit d'emblée soit sur une tumeur préexistante du sein. Son aspect clinique est souvent proche de celui du fibroadénome géant, bien qu'il existe dans plus de la moitié des cas des modifications cutanées : peau d'orange... qui signent une adhérence à la peau. L'évolution en est très rapide.

C'est l'anatomo-pathologie qui permet de trancher en cas de doute.

En effet, dans le sarcome, il existe uniquement une prolifération mésoenchymateuse anarchique uni ou pluritissulaire avec une vascularisation lacunaire.

C - Un autre problème peut être brièvement évoqué, il s'agit de l'abcès du sein.

Dans le cas d'un abcès aigu, les signes cliniques locaux :

- augmentation de la chaleur locale,
- douleur à la palpation,
- éventuelle fluctuation,

et les signes généraux :

- fièvre,
- malaise général,
- insomnie

rendent le diagnostic facile.

Plus difficile peut être celui de l'abcès chronique qui en l'absence d'antécédent évocateur peut prêter à confusion. Mais à l'examen clinique, il existe en général une zone centrale plus molle et une zone périphérique très indurée. La ponction fait le diagnostic.

TRAITEMENT ET PRONOSTIC

TRAITEMENT

Le problème thérapeutique que nous envisagerons ici est celui d'une tumeur "géante" du sein, bénigne, et le traitement ne saurait être que chirurgical. Nous excluons en effet les tumeurs phyllodes dégénérées.

La chirurgie du sein pose toujours un problème esthétique et psychologique qui ne doit pas être négligé.

1° - TECHNIQUES

1 - L'ablation simple :

Par incision sous-mammaire, le sillon ayant été repéré la veille sur la malade debout, on décolle facilement la glande du muscle pectoral. Après incision du plan postérieur en regard de la tumeur, celle-ci est facilement énucléée, bien que histologiquement, il n'existe pas de capsule.

Après vérification de l'hémostase, la plaie est refermée sur drainage aspiratif.

Le remodelage de la glande est actuellement abandonné par la majorité des auteurs car chez l'adolescente, le sein se remodèle spontanément.

Le drain est enlevé.

Il peut certes persister comme séquelle une légère ptose.

2 - La tumorectomie assez large, selon la technique de CRILLE :

Principe :

Ablation de la tumeur et de l'atmosphère péri-tumorale, c'est-à-dire exérèse d'un secteur de glande mammaire.

Incision cutanée en côte d'orange à partir de l'aréole. La dissection est menée en profondeur jusqu'à l'aponévrose du

pectoral. Si cette intervention est réalisée sur un sein très volumineux, on peut rapprocher le plan graisseux, sinon seul le plan cutané est refermé sur un drain aspiratif, Celui-ci sera enlevé entre le 3ème et le 5ème jour.

De nombreuses variantes peuvent se rencontrer dans l'incision cutanée mais le principe reste le même.

3 - La mammectomie :

Elle consiste comme son nom l'indique en l'ablation de la glande mammaire en totalité.

Dans le cas de tumeur bénigne, on pratique une incision cutanée horizontale, circonscrivant le sein. L'ablation de la glande doit être totale puisque cette technique a l'avantage d'éviter les récidives. La dissection est poursuivie jusqu'au feuillet antérieur de l'aponévrose du muscle grand pectoral. La suture du plan sous-cutané évitera l'adhérence cutanée au plan musculaire. Ici encore l'utilisation du drainage aspiratif facilite la cicatrisation.

Ce type d'intervention a encore l'avantage lorsqu'il existe un doute sur une éventuelle dégénérescence ou lorsque l'examen histologique extemporané est impossible, de permettre la pratique d'une biopsie ou mieux un évidement axillaire en branchant sur l'incision horizontale une verticale.

La mammectomie réalise une mutilation que beaucoup de chirurgiens répugnent, avec des raisons valables, à pratiquer en cas de tumeur bénigne.

2° - INDICATIONS

Tels sont les trois principaux types d'interventions chirurgicales qui permettent le traitement des "tumeurs géantes" du sein.

Une fois encore nous allons nous heurter à la dualité des observations cliniques que nous avons rapportées.

A - Dans le cas de fibroadénomes géants de l'adolescente, la simple ablation de la tumeur est l'indication de choix, Elle est admise par tous les auteurs qui ont rapporté des cas cliniques.

En raison du volume de la tumeur, il n'est pas possible d'avoir recours à l'incision péri-aréolaire, mais la voie sous-mammaire à condition d'avoir repéré le sillon la veille de l'intervention sur le sujet debout, n'est pas délabrante et la cicatrice que laisse une telle voie d'abord est bien peu apparente.

Le deuxième problème qui se pose est celui du remodelage de la glande. Le capitonnage, après ablation de la tumeur ne donne pas toujours de bons résultats esthétiques. Le parenchyme glandulaire n'est que refoulé par la tumeur et n'a pas été atteint par le geste chirurgical. Il va pouvoir "reprendre sa place".

Le résultat esthétique ne pourra être valablement jugé qu'un an après l'intervention.

Reste enfin une possible critique à cette intervention : l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs montre que la masse n'est pas encapsulée. Il s'agit simplement d'un plan de clivage entre la tumeur et le parenchyme glandulaire sain et l'énucléation chirurgicale pourrait être source de récidive.

Mais nous n'avons retrouvé aucun cas de récidive dans la littérature.

B - L'indication thérapeutique est plus difficile à poser lorsqu'il s'agit d'une "tumeur géante" du sein chez une femme après 45 ans.

Dans ce cas, les risques de dégénérescence sarcomateuse ou de simple récidive font en principe rejeter l'ablation simple de la tumeur.

Reste à discuter les deux autres possibilités :

- la tumorectomie : telle que nous l'avons définie, semble l'indication idéale à condition d'être certain de l'absence de dégénérescence. Si les examens cliniques et paracliniques sont négatifs, seul l'examen extemporané emportera la décision, mais celui-ci est délicat en face d'une volumineuse tumeur.

- la mammectomie : est l'indication de choix si un quelconque doute persiste ou s'il s'agit d'une récurrence. Elle pose certes parfois un grave problème psychologique que pourrait résoudre, si l'absence de signe de malignité est certaine, la mise en place d'une prothèse, si l'incision horizontale est située au moins 12 cm au-dessous du bord inférieur de la clavicule au niveau du tiers moyen de cet os.

3° - PRONOSTIC

Envisager les résultats thérapeutiques, c'est évoquer le pronostic de ces tumeurs,

Le pronostic des fibroadénomes géants de l'adolescente est bon, en faisant le tour de la littérature. De nombreux auteurs signalent cependant que ces malades ont été "perdues de vue" ce qui sur un petit nombre de cas, n'a pas grande valeur scientifique.

Par contre le pronostic des tumeurs phyllodes est malheureusement mieux connu. Lorsqu'elle n'est pas dégénérée, le pronostic est relativement favorable, à condition que les malades acceptent de se soumettre à une surveillance assez stricte permettant de dépister une récurrence qui nécessitera en principe une mammectomie.

Nous n'avons pas envisagé l'étude des tumeurs dégénérées mais elles partagent le pronostic des tumeurs sarcomateuses.

La surveillance clinique de ces malades bénéficie depuis quelques années des progrès des examens paracliniques : mammographie et plus récemment thermovision.

C O N C L U S I O N

CONCLUSION

A l'occasion de deux observations récentes de fibroadénomes géants du sein chez des adolescentes de 14 et 17 ans, nous avons voulu nous pencher sur les problèmes que posaient ces tumeurs.

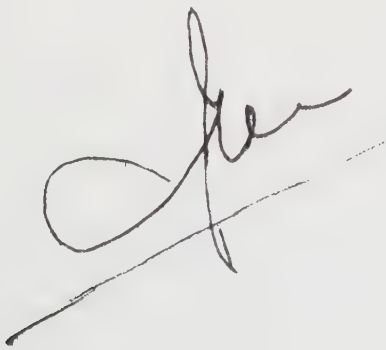
La lecture d'une bibliographie assez longue nous a montré que de très nombreux auteurs étudient sous le terme de "tumeurs géantes" deux types cliniques très différents :

- d'une part les fibroadénomes géants de la jeune fille affection assez rare, dont le diagnostic est facile, le traitement univoque et le pronostic favorable,

- d'autre part, les tumeurs phyllodes, affection fréquente dont le diagnostic clinique et paraclinique, en ce qui concerne la bénignité, est souvent difficile.

L'indication thérapeutique n'est pas univoque. Quant au pronostic, il est dominé par la possibilité de récurrence qui peut être dégénérée.

L'unité de ces deux formes tumorales est réalisée par la présence d'une double prolifération épithélio-conjonctive où prédomine la composante stromale.



Vu et Permis d'imprimer
Toulouse le 3.1.1974
Le Président de l'Université Paul Sabatier
L. LAURENCE



B I B L I O G R A P H I E

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ADAM (G) et al
Pathogenesis, clinical findings and prognosis of geant
fibroadenoma of the female breast.
Zbl. chir., 1969, 94, 840-844.
- 2 - ADDISON (N-V) et al
A propos de 4 types histologiques différents de sarcomes
du sein.
Brit J. Surg. 1962, 50, 220, 159-164.
- 3 - ADKINS (C D)
Cystosarcoma phyllodes.
Minn. Med, 1966, 49, 459-461.
- 4 - AMAADI (T) et al
Cystosarcoma phyllodes of mammary glands : clinical report
of 15 cases (en japonais).
Jap. J. Cancer Clin. 1964, 10, 177-181.
- 5 - AMERSON (JR)
Cystosarcoma phyllodes in adolescent females.
A report of seven patients.
Ann. Surg. 1970, 171, 849-53.
- 6 - ARIEL (L)
Skeletal metastases in cystosarcoma phyllodes.
Arch. Surg. 1961, 82.
- 7 - ARONSON (W)
Malignant cystosarcoma phyllodes with liposarcome.
Wisconsin Med. J. 1966, 65, 184-187.
- 8 - ARSETH (PH)
Cystosarcoma phyllodes.
T Norsk Lacgeforen 1969, 89, 1569-71, (Nor).
- 9 - ASHIKARI (R) et al
Fibroadenomas in the breast of juvenils.
Surg. Gynecol. Obstet. 1971, 132, 259-262.

- 10 - AUCHE (J) et al
Un cas de tumeur phyllode.
Journal Méd. Bordeaux 1954, 131 (4), 395.

- 11 - BADER (E) et al
Bilateral malignant cystosarcoma phyllodes.
J. Surg. 1961, 48, 519-521.

- 12 - BARBEAU (A) et al
Le cystosarcome phyllode.
Union med. Canada 1956, 85, n° 6, 653-663.

- 13 - BATISSE-MARTIN (P) et al
Phyllode tumors of the Breast.
J. chir. (Paris) 1966, 92, 485-497.

- 14 - BAUDET (JH) et al
Phyllodes tumors of the Breast - 6 cases.
Review of literature
Gyneco Obstet. paris 1970, 69, 497-509.

- 15 - BLOCK (GE) et al
Giant fibroadenome of the breast in a prepuberal girl.
A case report with observations of hormonal influences.
A. M. A. Arch. Surg. 1960, 80, 665-669.

- 16 - BOBKOV (AG) et al
On the connection between carcinosarcome of the breast
with giant fibroadenoma and mastopathy.
Ark. Pat. 1967, 29, 17-22, (Rus).

- 17 - BOQUOI (E)
Cystosarcoma phyllode of the breast (en allemand).
Zbl. Gynack 1965, 87, 1169-1175.

- 18 - BONAFOS (M) et PERRET-BORRY (J)
Tumeurs phyllodes du sein.
Bull. Alg. Carc. 1959, 11, n° 35, 317.

- 19 - BOTHAM (RJ) et al
Fibroadenoma with sarcome-like stroma. A benign tumor.
Surg. 1958, 43, 510-515.

- 20 - BOUQUET (F)
A propos de quelques cas de tumeurs phyllodes.
Thèse Paris 1969 dactylographiée, 94 p.

- 21 - BROWN (MJ)
A rare combination of female breast tumor.
Case report of cystosarcoma phyllodes and carcinoma.
J. Iowa Med. Soc. 1960, 50, 709-713.
- 22 - BUKHTEEVA (NF) et al (Rus)
Clinical and X-ray diagnosis of phyllode breast neoplasms.
Sov. Med. 1970, 33, 150-152.
- 23 - CAPENA (M) et al
So-called cystosarcoma phyllodes of the breast.
Pathologica 1967, 59, 367-75.
- 24 - CATALIOTTI (L) et al (Ital)
Anatomo-clinical correlations in cystosarcoma phyllodes
of the breast.
Presentation of a case of giant fibroadenoma.
Omnia Med. 1969, 47, 447-58.
- 25 - CAVALLINI (A) et al
Cystosarcoma phyllodes of the breast giant phyllodes
fibroadenoma (en Italien).
Arch. Ital. chir. 1962, 88, 404-420.
- 26 - CHANDER (J) et al
Cystosarcoma phyllodes - A study of 15 cases.
Indian J. Cancer 6, 1969, 165-71.
- 27 - CHAVES (E) et al
Malignant cystosarcoma phyllodes with diffuse invasion
of the breast (en portugais).
Ann. Brasil. Ginec 1963, 55, 317-328.
- 28 - CLARKE (JC)
Giant intracanalicular fibroadenoma.
Ann. Surg. 1948, 127, 372.
- 29 - CONCILIO (A) et al (Ital)
On a case of bilateral phyllodes tumors of the breast.
Riforma Med. 1964, 78, 830-834.
- 30 - COOPER (W) - ACKERMAN (LV)
Cystosarcoma phyllodes with consideration of its more
malignant variant.
Surg. Gynec and Obst. 1943, 77, 279.

- 31 - COOPMANS DE YORDI (G) et al (Ital)
Mammography in the diagnosis of phyllode tumor.
Radiol Med. (Torina) 1970, 56, 342-349.
- 32 - COURTY (L) et GUDAR (H)
A propos of a giant fibroadenoma perforating of the skin
(en français).
J. Sci. Med. Lille 1960, 78, 487-489.
- 33 - CRILLE
Adénofibrome géant et bilatéral.
Surgery Janvier 38, vol 3, n° 1.
- 34 - DEL CAMPO (A) et al (en espagnol)
Giant foliated fibroadenoma (cystosarcoma phyllode)
Rev. Cir. Urug, 1965, 35, 129-137.
- 35 - DESAIVE (P) et BETZ (H)
Considérations anatomo-cliniques à propos de l'évolution
maligne de fibro-adéno-myxome intracanaliculaire géant du
sein.
Presse Médicale 1955, 63, 30, 629-632.
- 36 - DESPRUNIE (E) et al
Phyllodes tumors of the breast. A propos of 2 new cases.
Bordeaux Chir. 1965, 1, 14-16.
- 37 - DONALD (J) et al
Giant fibroadenoma of the breast. Cystosarcoma phyllode.
Ann. Surg. 1950, 131 (2), 243-251.
- 38 - DUJOVITCH (A) et al
Phyllodes du sein. Considération à propos d'une observation.
Presse Médicale Argent 1953, 40 (14), 840-842.
- 39 - DYER (NH) et al
Cystosarcomes phyllodes.
Brit. J. Surg. 1966, 53, 450-455.
- 40 - ESTRADÉ
Tumeurs phyllodes ou adénofibromes géants du sein. A propos
de 2 observations.
Bull. Assise Française Cancer 1953, 40 (1), 29-38.

- 41 - FARROW Joseph and ASHIKARI (H)
A report on breast lesions in young girls.
Surg. Clin. N. Amer. 1969, n° 2, 261.
- 42 - FERRACANI (RS) et al
Giant fibroadenomyxoma or phyllodes of the breast.
Prensa Med. Argent 1969, 56, 1248-52.
- 43 - FERRARI (AJ) et al
Sarcoma phyllodes of the breast (en espagnol).
Prensa Med. Argent 1960, 47, 825, 827.
- 44 - FEVRE (M) et al
Affections mammaires de l'enfance et de l'adolescence.
Rev. Prat. 1956, 6, 13, 1445.
- 45 - FIKS (AF)
A propos of so-called carcinoma phyllode of the breast
(clinico-path-anatomical analysis of 76 cases) (en Russe).
Klin. Khir. (Kiev) 1965, 5, 56-59.
- 46 - FIKS (AF)
Phyllodes tumor of the breast (en Russe).
Khirurgiya (Mosk) 1972, 48, 147-8.
- 47 - FRUHLING (L), LE GALL (Y)
La transformation sarcomateuse de la tumeur phyllode.
J. Chir. 1954, 70, 16-29.
- 48 - FUJITA (R) et al
Surgico-clinical study of 54 cases of cystoadenoma phyllodes
including 2 malignant cases. (en japonais).
Jap. J. Cancer Clin. 1969, 15, 549-53.
- 49 - FUNCK-BRENTANO
Le faux sarcome du sein : la tumeur phyllode.
Gaz. Med. Franç. 1953, 60 (11) 691-695.
- 50 - FUNCK-BRENTANO
Les tumeurs phyllodes du sein.
J. Chir. 1938, 51 (4), 506-534.
- 51 - GALLIANI
Fibrosarcome du sein secondaire à un fibroadénome
Ann. Ital. Chir. (Bologne) 37, 3, 188-195.

- 52 - GARBAY (H) PICARD (JD) et VANETTI (A)
Giant fibroadenoma of the breast (en français).
Presse Médicale 1963, 71, 761-762.
- 53 - GAUTIER (C) et al
Les tumeurs phyllodes du sein.
Gynec-Obst, Paris 1964, 63.
- 54 - GEIST (A)
Cystosarcoma phyllodes of the female breast.
Ann. Surg. 1964, 30, 105-108.
- 55 - GERSHON-COHEN (J) et al
Roentgenography of giant fibroadenoma of the breast.
Radiology 1960, 74, 619.
- 56 - GIBBS (BF Jr) et al
Molignant cystosarcoma phyllodes in a prepubertal female.
Ann. Surg. 1968, 176, 229-231.
- 57 - GOODALL (AL) et al
A case of cystosarcoma phyllodes.
Brit. J. Surg. 1953, 40 163, 479-481.
- 58 - GROS (CM) et al
Aspects radiologiques des tumeurs phyllodes,
Bull. Ass. Franç. Cancer 1953, 40 4, 460-462.
- 59 - HAFNER (CD) et al
Cystosarcoma phyllodes of the breast.
Surg. Gyne-Obst. 1962, 115, 29-34.
- 60 - HANSEN (JR)
Recurrent cystosarcoma phyllodes.
Calif. Med. 1967, 106, 462-465.
- 61 - HILLENBRAND (HJ)
Fibroadenoma intracanaliculaire phyllodes mammae
(cystosarcome phyllode mammae).
Langenbecks Arch. Chir. 1970, 327, 523-7.
(Eng-Abstr) (ger)
- 62 - HINES (JR) et al
Giant breast tumor on the adolescent.
Amer. J. Surg. 1965, 109, 810-813.

- 63 - HOLLEB (AI)
Cystosarcoma phyllodes.
Cancer J. Clinicians (NY) 1965, 15, 118-119.
- 64 - ISIDOR
Un cas de tumeur phyllode de la glande mammaire - Tentative
pathogénique.
Suppl. Arch. Anat-Path Paris 1955, 3, 147.
- 65 - IZUO (M) et al
Case of cancer and cystosarcoma phyllodes of the bilateral
breast.
Jap. J. Cancer Clin. 1969, 15, 743-6 (jap.).
- 66 - JAHIER (H) et al
Grand adenofibroma of the breast.
Bull. Fed. Gynec. Obst. Française 1965, 17, 488.
- 67 - JORDAL (K) et SORENSEN (B)
Giant fibroadenoma of the breast.
Report of 2 cases, one treated with mastoplasty.
Acta Chir. Scand. 1961, 122 2, 147-151.
- 68 - KAYS (S)
Light and electron microscopic studies of a malignant
cystosarcoma phyllodes featuring stromal cartilage and
bone.
Ann. J. Clin. Pathol. 1971, 55, 770-6.
- 69 - KESSINGER (A) et al
Metastatic cystosarcoma phyllodes.
A case report and review of the literature.
J. Surg. Oncol. 1972, 4, 131-47.
- 70 - KLEIN (A) et al
Cystosarcoma phyllodes of the breast. Conservative
procedure or amputation ?
Pol. Tyg. Lek. 1972, 27, 1401-3 (Eng. Abstr) (Pol.).
- 71 - KOSANOVIC (B) et al
Cystosarcoma phyllodes (en serve).
Srpaki Arch. Celek LESK 1963, 91, 617-621.
- 72 - KOTHARE (SN) et al
Malignant cystosarcoma phyllodes (report of 3 cases).
Indian J. Path. Bact. 1965, 8, 53-58.

- 73 - KROKOWICZ (A)
Phyllodes tumors of the breast (Polonais)
Pl. Pzegl. Chir. 1962, 34, 211-217.
- 74 - KUSHIZAKI (T)
Case of simultaneous double primary tumor = malignant
cystosarcoma phyllodes on one breast and ductal carcinoma
on the other (en japonais).
Jap. J. Cancer Chir. 1965, 11, 755-760.
- 75 - KUCHARSKI (A) et al
Cystosarcoma phyllodes of the mammary gland (en Polonais).
Pol. Przegl. Chir. 1971, 43, 1791-7 (End Abstr).
- 76 - KYCLER (Z)
A case of tumor phyllodes permagnus malignans.
Pol. Tyg. Lek 1966, 21, 1420-1421.
- 77 - LAFARGUE (S)
Contribution à l'étude de tumeurs phyllodes du sein.
Thèse Méd. Bordeaux 1955, 62.
- 78 - LAGACHE-GAUTIER
Adénome géant du sein chez une jeune fille de 17 ans.
Bulletin de Gynéco-Obstétrique 1955, p. 428.
- 79 - LANGERON (P)
Tumeur phyllode du sein.
J. Soc. Med. Lille 1956, 74, n° 4, 209.
- 80 - LAURENCE (G)
Les tumeurs du sein avant 18 ans.
Revue Prat. 1959, 9 30, 3239-3243.
- 81 - LEE (BJ) PACK
Giant intracanalicular fibroadenomyxome of the breast.
The so-called cystosarcoma phyllodes mammae of Johannes
Muller.
Annals of Surgery Janv. 31, vol 43 T3 n°1, p 2583.
- 82 - LEGAL
Sarcomes de la mamelle.
Thèse Méd. Strasbourg 1950-1951.
- 83 - LEIGH (B)
Giant fibroadenoma of the breast.
Méd. J. Aust 2, 1086, 5 Déc. 70.

- 84 - LESTER (J) et al
Cystosarcome phyllodes.
Cancer NY 1954, 7, 335-353.
- 85 - LISE (M) et al
Phyllodes tumor of the breast.
Anatomo-clinical considerations and case reports.
Riv. Patol. Clin. Sper. 1969, 10, 113-25 (Ital.)
- 86 - LLEWELLYN
A giant adenosarcoma of the breast.
British J. of Surgery 1947, 35, p 138-214.
- 87 - LOMONACO (F)
Phyllodes tumors of the breast (cystosarcoma phyllodes
of Muller) (en italien).
Tumor. 1960, 48, 156-184.
- 88 - LORENTO (N)
Contribution to the study of the so-called phyllode tumor
of the breast.
Gazz. Int. Med. Chir. 1964, 69, 942-972.
- 89 - LUBIN (J) et al
Cystosarcoma phyllodes metastasizing as a mixed mesenchymal
sarcoma.
South. Med. J. 1972, 65, 636-7.
- 90 - LYNKONES (KS)
Giant fibroadenoma of the breast (cystosarcoma phyllodes)
(en allemand).
Hellen Iatr. 1961, 30, 911-915.
- 91 - MANDEL (MA) et al
Cystosarcoma phyllodes - Treatment by subcutaneous mastectomy
with immediate prosthetic implantation.
Ann. J. Surg. 1972, 123, 718-20.
- 92 - MAC DONALD (JR) et al
Giant fibroadenoma of the breast Cystosarcoma phyllode.
Ann. Surg. 1950, 131, 2, 243-251.
- 93 - MAGENDIE (J) LEGER (H) DOUTRE (LP)
Les tumeurs phyllodes du sein sont-elles mésenchymateuses ?
Presse Médicale 1951, 69, 435.

- 94 - MAGUIRE (DL Jr) et al
Cystosarcoma phyllodes of the breast.
J. S. Carolina Med. Ass. 1965, 61, 195-197.
- 95 - MAIER (WP) et al
Cystosarcoma phyllodes mamnae.
Oncology 1968, 22, 145-58.
- 96 - MAJERANOWSKI (N) et al
Phyllodes tumor of the breast (en polonais).
Pol. Przegl. Chir. 1967, 39, 999-1002.
- 97 - MARIO (J) et al
Fibroadénome du sein ayant évolué sous l'aspect d'une
mastopathie prépubertaire ulcérée à allure pseudo-néoplasique.
Pédiatrie 1961, 16, 183.
- 98 - MC CULLOUGH (K) et al
Métastatic sarcoma of the heart from cystosarcoma phyllodes
of the breast.
Maryland Med. 1960, 9, 66-88.
- 99 - MC DIVITT (RW) et al
Cystosarcoma phyllodes.
Johns Hopkins Med. J. 1967, 120, 33-45.
- 100 - MENYE (PA) et al
Fibroadenomas-phyllode tumors and mammary sarcomas
(A propos of 2 cases of progressive sarcomatous transformation
of a clinically and histologically initially benign mammary
nodule) (en français).
Bull. Soc. Med. Of Noire Langue Franç. 1968, 13, 415-424.
- 101 - MINAMI (A) et al
Statistical observations of cystosarcome phyllodes.
Surg. Ther. (Osaka) 1968, 19, 12-20 (jap).
- 102 - MINAMI (A) et al
Cystosarcoma phyllodes of the breast. A statistical study
of forty cases.
Arch. Jap. Chir. 1968, 37, 571-80.
- 103 - MINKOWITZ (S) et al
Cystosarcoma phyllodes ; a unique case with multiples
unilateral lesions and ipsilateral axillary metastasis.
J. Path. Bact. 1968, 96, 514-7.

- 104 - MRAZER (R) et al
Diagnosis difficultis in cystosarcoma phyllodes.
Wien Klin. Wachr. 1966, 78, 185-188.
- 105 - MRAZKOVA (D) et al
Mammagraphy in cystosarcoma phyllodes (en Tchèque).
Cesk. Radiol. 1966, 20, 210-213.
- 106 - MULLER (J)
Unter den feinern bau und die formen der Krankhaften
geschwulste.
Berlin G. Reimer 1838.
- 107 - NAGARATHAM (N) et al
Cystosarcoma phyllodes.
Ceylan Med. J. 1960, 5, 133.
- 108 - NELSON (HU)
Case report : cystosarcome phyllodes.
Bull. of Canc Progress 1959, 14, n° 3, 98.
- 109 - NORMAN-TREVES
A study of cystosarcoma phyllodes.
Ann. NY Acad. Soc. 1964, 114-122.
- 110 - NORRIS (HI) et TAYLOR (HB)
Rapport des caractères histologiques et du comportement
des cystosarcomes phyllodes, 94 cas.
Cancer 1967, 20 12, 2090-2099.
- 111 - NOTLEY (RG)
Bilateral malignant cystosarcoma phyllodes.
Brit. J. Surg. 1965, 52, 360-362.
- 112 - OBERMAN (HA)
Cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of
hypercellular periductal stromal neoplasms of the breast.
Cancer, 1965, 18, 697-710.
- 113 - OWENS (FM)
Giant intracanalicular fibroadenoma of the breast.
Arch. Surg. 1941, 43, 588-598.

- 114 - OZMAN (M) et al
Cystosarcoma phyllodes (Turquie).
Tip. Fak. Mec. (Istambul) 1967, 30, 34-41.
- 115 - PIRAUBE
A propos de quelques cas de tumeurs phyllodes.
Thèse Bordeaux 1960.
- 116 - PISSE
Thèse Strasbourg 1939.
- 117 - POLLOSON
Adénome bénin récidivant - 7 récurrences.
Lyon Chir. 1950, 45.
- 118 - POTTER (JF)
Cystosarcome phyllodes.
GP 1968, 38, 133.
- 119 - PRIOR (C) et al
Considerations on phyllodes tumors of the breast.
Atti Accad. Fisiocr. Siena (Medicofis.)
1964, 13, 593-603 (Italie).
- 120 - PROBST (FP)
Cystosarcoma phyllodes diagnosed by subcutaneous mammary
phlebography.
Acta Radiol. (diag) (Stock) 1970, 10, 494-8.
- 121 - RAFFA (J) et al
Large breast tumors of early adolescence.
Virginia Med monthly 1969, 96, 729-31.
- 122 - RAO (R) et al
Cystosarcoma phyllodes. A clinico pathologic study of
10 cases.
Chicago Med. Sch. Quart. 1964, 24, 24-29.
- 123 - REICH-SALOMON (C)
Bilateral systocarcoma phyllodes, malignant variant,
with 14 years follow-up. A case report.
Ann. Surg. 1958, 147, 39.
- 124 - REILHER (HL) et al
Bilateral giant fibroadenoma of the breast.
Zbl. Gynec. 1964, 86, 876-879 (en allemand).

- 125 - REINGOLD (IM) et al
Cystosarcoma phyllodes in a man with gynecomastia.
Am. J. Clin. Pathol 1970, 53, 852-6.
- 126 - RICHARDS (WG) et al
Co-existent cystosarcoma phyllodes and scirrhous adenocarcinoma
of the breast.
Wisconsin Med. J. 1963, 62, 425-428.
- 127 - RIGAMONTI (L) et al
A propos of one case of cystosarcoma phyllodes on a mammary
node in an aberrant site (en italien).
Arch. Sci. Med. (Torino) 1966, 121, 72-82.
- 128 - RIX (DB) et al
Cystosarcoma phyllodes (cellular intracanalicular fibroadenoma)
clinical-pathological relationships.
Can.J. Surg. 1971, 14, 31-71.
- 129 - ROUJEAU (J) et al
Prognosis of phyllodes tumors of the breast (A propos of 2
malignant cases).
Arch. Anat-Path. (Paris) 1968, 16, 140-5 (Fre).
- 130 - SANTY (P) et al
Les tumeurs du sein à malignité locale.
(fibroadénomes géants, adénomes dits phyllodes et adénomes
récidivants).
Lyon Chirurg. 1948, 43, 304-314.
- 131 - SCALFATI
Observations anatomo-cliniques sur les tumeurs phyllodes
du sein.
Policlinico 1956, 63 (13), 421.
- 132 - SCALI (P)
Sur 1 cas de tumeur phyllode géante de sein.
Compte-rendu Société Française Gynéco. 1969, 39 (4), 251-258.
- 133 - SELLERS (TB)
Unusually large fibroadenoma of the breast in a 12 year-old
girl.
N.Orleans M.S.J. 1927, 80, 389.
- 134 - SETH (HN) et al
Malignant sarcoma phyllodes.
J. Indian Med. Asso. 1962, 39, 252-254.

- 135 - SILVERSTONE (M)
Le fibroadénome géant du sein (cystosarcome phyllode)
Brit. J. Surg. 1954, 41 (170) 606-610.
- 136 - SIEGLER (AM) et al
Fibroadénome du sein surnuméraire à siège vulvaire.
Amer. J. Obstet. Gynec. 1951, 62 (6), 1367-1369.
- 137 - SIMPSON (TE) et al
Giant fibroadenoma. Benign cystosarcoma phyllode.
Report of case in 13 year-old girl.
Surgery 1969, 65, 341-2.
- 138 - SMITH (C) et al
Fibroadenoma intracanaliculaire géant.
Calif. Med. 1951, 75 (2), 101-105.
- 139 - SMITH (RJ)
Cystosarcoma phyllodes. A review of the litterature.
J. Natl. Med. Assoc. 1971, 63, 436-40.
- 140 - SOBEL (M)
Les tumeurs phyllodes du sein. Aspects anatomo-cliniques.
Thèse Méd. Paris 1966, 169.
- 141 - SOMMO (L) et al
1 cas de fibroadénome géant du sein.
Minerva Chir. 1953, 8 (15), 649-655.
- 142 - SOUSTELLE (J) et al
2 cas of macroscopically giant fibroadenoma of the breast.
Lyon Chir. 1971, 67, 450-1.
- 143 - STANISLAWSKI-BIRENCWAJC (M) et al
Distribution of L.D.H. isozymes in mastitis fibroadenoma
and carcinoma of the breast.
Europ. J. Cancer 1963, 1, 221-224.
- 144 - STEPHENSON (HE) et al
Cystosarcoma phyllodes of the breast.
A review of literatura with the addition of 15 new cases.
Ann. Surg. 1952, 136, 856.
- 145 - STOBA (C) et al
Phyllodes fibroadenoma of the breast in a 13 year-old girl
(en polonais).
Nowotwory 1968, 18, 97-100.

- 146 - TIRASPOL'SKAIA (MM) et al
Giant fibroadenoma of the breast (en russe).
Khirurgia (Mosk) 1960, 36, 134-136.
- 147 - TOKER (C)
Cystosarcoma phyllodes. An ultrastructural study.
Cancer, 1968, 21, 1171-1179.
- 148 - TOVANOVITCH (BY)
La tumeur phyllode du sein doit-elle être considérée
comme une tumeur bénigne ?
Bull. Soc. Chir. 1955, 45, 173.
- 149 - TREVES (N) et al
A study of cystosarcome phyllodes.
Ann. NY Acad. Sci. 1964, 114, 922-936.
- 150 - TREVES (N) et al
Cystosarcome phyllodes of the breast. A malignant and a benign
tumor. A clinico pathological study of 77 cases.
Cancer 1951, 4, 1286-1332.
- 151 - VAGI (I) et al
Large benign tumors of the breast (fibroadenoma intracanicu-
lare phyllodes).
Westn Khu. Gnekov 1967, 98, 116, (Rus).
- 152 - VERHAEGHE
Les mastopathies : vol des rapports des 23ème assises
françaises de gynécologie.
Bordeaux 1966, 19, 28.
- 153 - VERHAEGHE (M)
A propos de 4 observations de tumeurs phyllodes du sein.
Lille Chirurg. 1961, n° 3, tome XVI, 134-148.
- 154 - WEBERG (HG) et al
Fibroadenoma intracanicular phyllodes mammal (cystosarcoma
phyllodes) (en allemand).
Chirurg. 1966, 37, 390-393.
- 155 - WU (BS)
Giant fibroadenome of the breast.
Zhong. Waike Z. 1962, 10, 37.

156 - WULFING

Le cystosarcome phyllode de la mamelle.
Virchows Arch. Path. 1924, 248, Cahier 3.

157 - WULSIN (JH)

Longe breast tumors in adolescent females.
Ann. Surg. 1960, 152, 151.

158 - ZOLTOWSKA (A) et al

Investigations on the transformation of fibroadenoma of the
breast into malignant cystosarcome phyllodes.
Neoplasma (Bratisl) 1969, 16, 549-56.

159 - ZUCKERMANN (C)

Cancer Phyllode du sein.
Acta Ginec. 1951, 2 4, 283-294.

